S 12 KR 594/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 594/15
Datum
25.11.2016
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze
Zu möglichen Einwendungs- und Ausschlussfristen in Abrechnungsrechtsstreiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach § 276 Abs. 2 SGB V bzw. nach der Prüfverfahrensvereinbarung
1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 3.236,75 Euro nebst Zinsen in Höhe von jeweils 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus 6.404,35 Euro vom 5. November 2014 bis zum 28. Juli 2015 und aus 3.236,75 Euro seit dem 29. Juli 2015 zu zahlen.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

4. Der Wert des Streitgegenstandes wird mit 3.236,75 Euro festgesetzt.

5. Soweit die Klägerin beschwert ist, wird die Berufung nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes zzgl. Zinsen im Streit.

Der bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte, 1939 geborene C. befand sich vom 15. Juli bis 25. Juli 2014 in vollstationärer Krankenhausbehandlung der Klinik für Neurologie im Krankenhaus A-Stadt, dessen Trägerin die Klägerin ist. Dabei war C. zunächst auf der dortigen Stroke Unit aufgenommen worden, nachdem er sich auf Überweisung seines Hausarztes zunächst in der Notfallstation des Krankenhauses A-Stadt gemeldet hatte. Vom Hausarzt des C. waren insoweit auf dem Überweisungsschein Schmerzen im Bereich des linken Armes und eine Gangunsicherheit vermerkt worden, wobei das EKG keinen Befund gezeigt hatte. An Beschwerden hatte C. schließlich eine Hypästhesie morgens beim Frühstück am linken Arm angegeben, die im Verlauf am Oberarm links persistiert habe. Darüber hinaus hatte er über eine seit 2 – 3 Tagen ohne Fallneigung und Schmerzen bestehende Gangunsicherheit berichtet und zur Vorgeschichte auf eine 20 Jahre zurückliegende Bandscheibenoperation mit persistierender Hypästhesie am linken Fußrand und einen Zustand nach einer Leisten-Operation verwiesen. Der Untersuchungsbefund bei der Aufnahme beschrieb C. dann als wach und vollständig orientiert, ohne Aphasie, ohne Dysarthrie. Der Hirnnervenstatus war als unauffällig angegeben worden, motorisch hatten sich keine Defizite gezeigt. Angegeben worden waren nach wie vor eine Hypästhesie am linken Oberarm, außerdem Koordinationsstörungen im Bereich des linken Armes und Beines. Der ASR war sodann links nicht auslösbar gewesen. Eine am 15. Juli 2014 dann noch durchgeführte Computertomografie des Kopfes (CCT) hatte schließlich keinen auffälligen Befund beschrieben, wobei C. am Abend des 15. Juli 2014 von der Notfallaufnahme auf die Stroke Unit der Klinik verlegt worden war. Eine weitere am 23. Juli 2014 erneut durchgeführt CCT, dieses Mal mit einer so genannten CT-Angiografie hatte dann Hirngefäße mit einer beginnenden Arteriosklerose gezeigt, aber ohne Verschlüsse oder Stenosen, wobei eine bereits zuvor für den 19. Juli 2014 geplante Kernspintomografie des Kopfes nicht hatte durchgeführt werden können, da C. unter einer Klaustrophobie litt. Eine Ultraschalluntersuchung der hirnversorgenden Arterien vom 16. Juli 2014 selbst hatte bis auf eine schlechte Darstellbarkeit der Arterie vertebralis links einen Normalbefund ergeben. Ein EKG vom 16. Juli 2014 und eine Echokardiografie vom 17. Juli 2014 waren ebenfalls unauffällig verblieben. In den Laboruntersuchungen hatten sich leichtgradig erhöhte Blutfettwerte gezeigt, ansonsten hatten sich keine relevanten Abweichungen von der Norm abgezeichnet. Neurologische Untersuchungen waren weiterhin vom 15. Juli 2014 bis 19. Juli 2014 täglich viermal erfolgt. Darüber hinaus waren bis einschließlich 18. Juli 2014 durchgehend stündlich die Pupillenfunktionen und der Blutdruck mit Herzfrequenz gemessen und entsprechend dokumentiert worden, wenigstens alle 4 Stunden auch

die Blutsauerstoffsättigung, die Temperatur und die Atemfrequenz. Gleichzeitig hatte die Überwachung an einem Monitor stattgefunden, worin sich durchgehend ein Sinusrhythmus gefunden hatte. Besonderheiten und Beschwerden waren im handschriftlichen Pflegebericht schließlich nicht vermerkt worden. Physiotherapeutische und Ergotherapeutische Behandlungen waren dann bis zur am 20. Juli 2014 erfolgten Verlegung des Versicherten C. auf eine Normalstation für den 16. Juli und 17. Juli 2014 dokumentiert. Als Medikamente waren insoweit ASS 100 mg, Atorvastatin 40 mg und Ramipril 1,25 mg verabreicht worden. Die Pflegekurve auf der Normalstation verzeichnete schließlich unauffällige Vitalparameter, wobei sich die letzte Dokumentation für den Vormittag des 25. Juli 2014 und insoweit den Entlasstag findet.

In Rechnung stellte die Klägerin der Beklagten für die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten C. dann am 25. August 2014 insgesamt 6.404,35 Euro. Dies auf der Grundlage der DRG B70B (Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem cerebrovaskulären Vasospasmus). Dies wiederum auf der Grundlage der Hauptdiagnose G45.82 (sonstige cerebrale transistorische Ischämie und verwandte Syndrome: komplette Rückbildung innerhalb von 1 – 24 Stunden). Als Nebendiagnosen waren angegeben worden die Nebendiagnosen IC00, E78.2, R20.1, R26.8 und F40.2. Als OPS kodiert worden war der OPS-Code 8-981.1 (Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit einer Dauer von mehr als 72 Stunden).

Nachdem die Beklagte die vorgenannte Rechnung nach den zwischen den Beteiligten bestehenden Verträgen dann zunächst auch in vollem Umfang ausgeglichen hatte, hatte sie jedoch gleichzeitig auch eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag gegeben, wobei der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. med. D., in seinem hierauf nach Aktenlage gefertigten Gutachten vom 22. Juli 2015 die Voraussetzungen des OPS 8-981.1 nicht nachzuvollziehen vermocht hatte. Dies mit der Begründung, dass der relevante Inhalt der Prozedur, die neurologische Statuserhebung, in den von der Klinik im Rahmen der Rechnungsprüfung dem MDK vorgelegten Klinikunterlagen nicht dokumentiert sei. Letzteres mit der Folge, dass die Beklagte gegenüber der Klägerin im Weiteren die Auffassung vertrat, dass die Rechnungsstellung nicht auf der Grundlage der DRG B70B habe erfolgen dürfen, sondern allein auf der Grundlage der DRG B70F (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen cerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systhemische Thrombolyse). Insoweit bat die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 27. Juli 2015 um eine entsprechende Überprüfung und Übersendung einer diesbezüglichen Rechnungsgutschrift. Gleichzeitig bat die Beklagte um Zusendung einer neuen Abrechnung entsprechend der Beurteilung des MDK sowie um Übermittlung einer korrigierten Entlassungsanzeige. Weiter teilte die Beklagte mit, den insoweit gezahlten o.a. Rechnungsbetrag bereits intern verrechnet zu haben, wobei sie den unstrittigen Rechnungsbetrag kurzfristig anweisen werde.

Tatsächlich durchgeführt worden war die Verrechnung/Aufrechnung des o.a. gesamten Rechnungsbetrages in Höhe 6.404,35 Euro nach dem Vortrag der Klägerin aber auch bereits am 4. November 2014, nachdem der MDK unter dem 17. Oktober 2014 den Auftrag zur Rechnungsprüfung an die Beklagte zunächst zurückgegeben hatte. Dies mit der Begründung, dass die Klägerin die von ihr durch den MDK angeforderten Unterlagen zur Rechnungsprüfung nicht innerhalb der der Klägerin vom MDK gesetzten Frist übersandt habe. Der avisierte "unstrittige" Rechnungsbetrag in Höhe von 3.167,60 Euro war dann am 29. Juli 2015 gezahlt worden, wobei dem MDK-Gutachten vom 22. Juli 2015 zugrunde gelegen hatten die Daten nach § 301 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) Krankenhausentlassungsbericht, die Fieberkurve mit 33 Dokumenten der Stroke Unit ohne neurologischen Status und ein Befundbericht (Notfallbericht) vom Aufnahmetag am 15. Juli 2014. Die Nachreichung weiterer Unterlagen durch die Klägerin war im Anschluss an das Schreiben der Beklagten vom 27. Juli 2015 nach Aktenlage dann abgelehnt worden, ohne dass eine Begründung der Beklagten hierfür aktenkundig wäre.

Die Klägerin hat schließlich als Krankenhausträgerin am 10. Dezember 2015 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie gegenüber der Beklagten die Zahlung weiterer 3.236,75 Euro nebst Zinsen in Höhe von jeweils 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus 6.404,35 Euro vom 4. November 2014 bis zum 28. Juli 2015 und aus 3.236,75 Euro seit dem 29. Juli 2015 geltend macht. Dies mit der Begründung, dass die erfolgte Aufrechnung zu Unrecht durchgeführt worden sei. Die zur Kodierung des OPS 8-981.1 erforderlichen Voraussetzungen seien erfüllt und dokumentiert, wozu die Klägerin auf die - vom Gericht beigezogene - Krankengeschichte des C., den hier streitigen Krankenhausaufenthalt betreffend, verweist.

Im Anschluss an die am 10. Dezember 2015 erfolgte Klageerhebung ist dem die Beklagte mit Eingang am 6. April 2015 entgegengetreten. Zur Begründung verweist sie auf den Inhalt ihrer beigefügten Verwaltungsakte und ohne nähere Darlegung hierzu noch darauf, dass auf der Basis der durch die Klägerin im Rahmen des Prüfverfahrens übermittelten Informationen laut MDK die Abrechnung des OPS 8-981.1 nicht nachvollziehbar gewesen sei.

Nachdem die Beteiligten sich im weiteren Verlauf darüber hinausgehend nicht weiter zur Sache geäußert haben, hat das Gericht nach vorheriger Ankündigung mit Beweisanordnung vom 4. Juli 2016 ein schriftliches fachneurologisches Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben, das der Facharzt für Neurologie, spezielle Schmerztherapie, Intensivmedizin und Schlafmedizin sowie Chefarzt der Neurologischen Klinik und Krankenhaus E-Stadt, Prof. Dr. med. Dr. phil. F. nach Aktenlage schriftlich unter dem 12. August 2016 und insoweit unter Auswertung der vom Gericht beigezogenen Krankengeschichte sowie des wechselseitigen Vorbringens der Beteiligten gefertigt hat.

Dabei werden von Prof. Dr. Dr. F. die Voraussetzungen einer Kodierung des OPS 8 981.1 aus Anlass der o.a. vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten C. bejaht, wobei die Klägerin danach zu Recht die Abrechnung auf der Grundlage der o.a. DRG B70B vorgenommen habe. Nach Darlegung der Mindestmerkmale des OPS 8-981.1, die der gerichtliche Sachverständige im Einzelnen aufführt und erläutert, seien diese Mindestmerkmale nach der ihm vorliegenden Dokumentation, hier der vom Gericht beigezogenen Krankengeschichte des Versicherten C., im Rahmen der hier streitigen vollstationären Krankenhausbehandlung sämtlich erfüllt worden, wozu der gerichtliche Sachverständige wiederum im Einzelnen auf die seiner gutachterlichen Beurteilung vorangestellte Aktenanaylse und den o.a. Ablauf der Krankenhausbehandlung verweist. Der Versicherte sei wegen einer wahrscheinlichen Hirnstammischämie mit voller Rückbildung der Symptome innerhalb von einem Tag vom 15. Juli bis 25. Juli 2014 in der Klinik für Neurologie der Klägerin stationär behandelt worden. Als Hauptdiagnose müsse eine Ziffer aus dem Bereich ICD10 G45.8X verschlüsselt werden. Eine konkurrierende Hauptdiagnose habe nicht vorgelegen. Kodierungsrelevante Nebendiagnosen hätten ebenfalls nicht vorgelegen. Die Diagnose G45.82 führe sodann zusammen mit der Kodierung des OPS 8-981.1 zur DRG B70B. Insoweit könne dem MDK nicht gefolgt werden. Zumindest die ihm

vorliegenden Unterlagen ergäben eindeutig, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung des OPS 8-981.1 erfüllt seien, wobei dem MDK die entsprechenden Unterlagen offensichtlich nicht vorgelegen hätten.

Wegen des weiteren Inhaltes des gerichtlichen Sachverständigengutachtens wird Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt. Während sich die Klägerin im Anschluss an die Übersendung des Gutachtens an die Beteiligten am 18. August 2016 durch das gerichtliche Sachverständigengutachten bestätigt sieht, hat sich die Beklagte nach weiteren Hinweisen des Gerichts insgesamt nicht mehr zur Sache geäußert. Hierauf sind die Beteiligten mit Schreiben des Kammervorsitzenden vom 10. Oktober 2016, zugestellt am 11. bzw. 12. Oktober 2016, darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung – ohne ehrenamtliche Richter – zu entscheiden, wobei den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von drei Wochen nach Zustellung des vorgenannten Schreibens gegeben worden ist. Die Klägerin hat sich anschließend mit einer entsprechenden Entscheidung ausdrücklich einverstanden erklärt, die Beklagte hat schließlich mit Eingang am 21. Oktober 2016 um die Gelegenheit gebeten, "noch bis Ende dieses Monats Stellung nehmen zu dürfen", ohne dass dann bis zur vorliegenden Entscheidung seitens der Beklagten eine entsprechende Stellungnahme vorgelegt worden wäre.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin als Krankenhausträgerin aus Anlass der vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten C. im Krankenhaus A Stadt vom 15. Juli 2014 bis zum 25. Juli 2014 weitere 3.236,75 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus 6.404,35 Euro vom 4. November 2014 bis zum 28. Juli 2015 und aus 3.236,75 Euro seit dem 29. Juli 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),
die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt wie der der beigezogenen Krankengeschichte gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte ohne mündliche Verhandlung gemäß § 105 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung - ohne ehrenamtliche Richter - entschieden werden, nachdem die Beteiligten zuvor entsprechend angehört worden sind, ihnen eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt worden ist, die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt darüber hinaus, so wie er für die Entscheidung auf der Grundlage des Vorbringens der Beteiligten in der vorliegenden Fallgestaltung allein rechtlich relevant ist, geklärt ist. Der Gerichtsbescheid wirkt insoweit als Urteil (§ 105 Abs. 3 1. Halbsatz SGG).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4, BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, B 3 KR 33/99 R und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, B 3 KR 11/01 R) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus § 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG, in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist auch weit überwiegend begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin aus Anlass der o.a. vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten C. im Krankenhaus der Klägerin vom 15. Juli 2014 bis 25. Juli 2014 weitere 3.236,75 Euro zzgl. Zinsen im ausgeurteilten Umfang zu zahlen, da einerseits im Anschluss an die schriftlichen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. Dr. F. in dessen o.a. Gutachten vom 12. August 2016 auch zur Überzeugung der Kammer mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Rahmen der Abrechnung dieser Krankenhausbehandlung hier die Voraussetzungen einer Kodierung des o.a. OPS 8-981.1 vorgelegen haben, mit der Folge, dass die Rechnungsstellung auf der Grundlage der o.a. DRG B70B nicht zu beanstanden war und andererseits Rechtsgründe, die hier einem vollständigen Rechnungsausgleich im Klageverfahren vermeintlich entgegenstünden, nicht vorliegen.

Da die ursprüngliche Rechnungsstellung durch die Klägerin danach im Ergebnis und insoweit auch der Höhe nach, worauf allein abzustellen ist, nicht zu beanstanden war, die entsprechenden Kosten von der Beklagten im Ergebnis also zu Recht zunächst auch in voller Höhe beglichen worden sind bzw. zu begleichen waren, ist dann andererseits die spätere Verrechnung/Aufrechnung zu Unrecht erfolgt und die Beklagte ihrerseits zur (Rück-)Zahlung/weiteren Zahlung der im Anschluss an die 29. Juli 2015 im Ergebnis streitig gebliebenen 3.236,75 Euro verpflichtet, also nicht nur hinsichtlich des letztlich anerkannten o.a. Teilbetrages von 3.176,60 Euro, sondern auch der streitig gebliebenen weiteren 3.236,75 Euro. Dies hier auf der Grundlage von § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V iVm dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen(verbänden), wonach die Beklagte verpflichtet war, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten im Krankenhaus der Klägerin - wie in Rechnung gestellt - in voller Höhe zu vergüten.

Unbegründet ist die Klage danach allein hinsichtlich eines Zinstages. Mit der am 4. November 204 erfolgten Aufrechnung sind im Anschluss an die Teilzahlung von 3.176,60 Euro vom 29. Juli 2015 Zinsen zumindest auf die ursprünglich aufgerechneten 6.404,35 Euro zu zahlen allein für die Zeit vom 5. November 2014 bis - wie auch geltend gemacht - 28. Juli 2015 und nicht bereits ab 4. November 2014.

Zur Begründetheit der Klage im Einzelnen:

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht (vgl. hierzu u.a. ausführlich Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 21. August

2014, L 8 KR 128/13) unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Behandlung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und iSv § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (stRspr, u.a. BSG, Urteil vom 8. November 2011, B 1 KR 8/11 R), wobei die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung insoweit auch insgesamt vorgelegen hat.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich sodann gemäß § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) iVm §§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntGG) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2014 geltenden Fassung.

Dem liegt sodann ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, wie vor). Die insoweit maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind dabei eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (stRspr, vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011, wie vor und BSG, Urteil vom 25. November 2010, B 3 KR 4/10 R). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen.

Unter Zugrundelegung dieser rechtlichen Vorgaben, stellt sich die o.a. Inrechnungstellung als insgesamt rechtmäßig dar.

Die Vergütung erfolgt insoweit auch vorliegend nach Fallpauschalen, wobei der Fallpauschalenkatalog nach Fallgruppen (DRG) geordnet ist (vgl. BSG wie vor), was mit dem BSG - auch rechtlich - im Einzelnen u.a. folgendes beinhaltet:

... Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. Grundlage hierfür ist ein entsprechendes Definitionshandbuch, in dem für jede Fallpauschale die jeweils maßgebliche Entscheidungslogik in Form von Ablaufdiagrammen festgehalten ist.

... Bedeutsam für diese Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind auch Nebendiagnosen, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben. Für Begleiterkrankungen ist das nach den hier geltenden Kodierrichtlinien der Fall, wenn sie einen über die Hauptdiagnose hinausgehenden Versorgungsaufwand bedingen und nach der DRG-Entscheidungslogik eine höhere Bewertung der erbrachten Leistungen nach sich ziehen. Fehlt es aber an einer dieser Voraussetzungen, ist mit der Fallpauschale für die Grunderkrankung auch der Versorgungsaufwand für etwaige Begleiterkrankungen vollständig mit abgegolten.

... Relevant für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses sind Besonderheiten des Versorgungsgeschehens im DRG-Fallpauschalensystem prinzipiell nur in dem Rahmen, der von den Selbstverwaltungspartnern ausdrücklich vorgegeben ist. Maßgeblich für die Krankenhausvergütung ist hiernach nicht der tatsächlich angefallene und nach Selbstkostendeckungsprinzipien zu bewertende Krankenhausaufwand, sondern der Behandlungsanlass und der zu dessen Versorgung nach der Wertung der Vertragspartner typischerweise erforderliche Aufwand. Demgemäß können die Krankenhäuser für die in das DRG-System fallenden Versorgungen ausschließlich die DRG-Fallpauschalen nach dem DRG-Regelwerk und die weiteren Entgelte nach dem Katalog des § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG abrechnen. Damit sind nach ausdrücklicher Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG "alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen" abgegolten. Das sind nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 KHEntgG alle Leistungen, die "im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind". Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es deshalb, die Pauschalen "leistungsorientiert" auszugestalten (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) und demzufolge die Komplexität des Leistungsgeschehens in geeignete Fallpauschalen umzusetzen. Dabei haben sie Sorge dafür zu tragen, dass einerseits der Aufwand der Krankenhäuser leistungsgerecht vergütet wird und andererseits der DRG-Katalog hinreichend praktikabel ist. Ausdrücklich ist ihnen vorgegeben: "Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein" (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG). Begleiterkrankungen und andere Versorgungsbesonderheiten kommt danach im Fallpauschalensystem nur Bedeutung zu, soweit sie in das DRG-Regelwerk eingegangen sind und in dessen System zu einer höher bewerteten DRG führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Nebenerkrankung erstens kodierfähig und zweitens erlöswirksam ist.

... Voraussetzung für die Abrechnungsrelevanz einer Nebenerkrankung ist zunächst, dass sie nach den Kodierrichtlinien (zusätzlich) kodierfähig ist und deshalb in die DRG-Bestimmung dem Grunde nach (überhaupt) eingehen kann. Das ist nach den einschlägigen Kodierrichtlinien dann der Fall, wenn die fragliche Nebendiagnose für das Versorgungsgeschehen tatsächlich bedeutsam geworden ist. Nebendiagnose ist insoweit "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Weiter heißt es aber auch, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass sie selbst therapeutische Maßnahmen,

diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erfordern und dieser auch tatsächlich erbracht wird.

... Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind mit dem BSG (wie vor) danach solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben. Hauptdiagnose in diesem Sinne ist dabei "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Sind gemessen an dem hieraus sich ergebenden Versorgungsbedarf wegen einer Nebenerkrankung zusätzliche Leistungen zu erbringen, so rechtfertigt dies die Kodierung der entsprechenden Nebendiagnose. Maßstab hierfür ist die "Abweichung von dem Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur".

... Erfordert also eine Begleiterkrankung besondere Leistungen der Diagnostik, der Therapie oder der Betreuung/Pflege und wirkt sie sich somit im "Patientenmanagement" aus, so ist das für die Kodierung z.B. bei operativ zu versorgenden Haupterkrankungen nur beachtlich, wenn die Erbringung dieser Leistungen in der von der Fallpauschale für die Haupterkrankungen abgedeckten Standardversorgung nicht vorgesehen ist.

Übertragen auf den konkret vorliegenden Sachverhalt bedeutet dies, dass dann nach tatsächlicher Durchführung und Notwendigkeit sowie der vom gerichtlichen Sachverständigen schlüssig aufgezeigten und erfüllten Mindestmerkmale auch die Voraussetzungen für die Kodierung der o.a. Prozedur OPS 8-981.1 vorgelegen haben, ohne dass die Beklagte dem in irgend einer Form entgegengetreten wäre.

Letztlich macht sich die Kammer nach alledem insoweit die überzeugenden o.a. Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, zu denen sich die Beklagte ohne Nennung von Hinderungsgründen erst gar nicht geäußert hat, vollinhaltlich zu Eigen und verweist zum weiteren Vorbringen der Beklagten analog § 136 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zusätzlich auf die Ausführungen der Klägerin und des gerichtlichen Sachverständigen hierzu.

Sollte sich das letztlich einer zielführenden Prozessführung zuwiderlaufende Schweigen der Beklagten im vorliegenden Rechtsstreit auf die bereits vorgerichtlich sinngemäß vertretene Auffassung gründen, dass Rechnungsprüfungen oder auch anschließende "Widersprüche" eines Krankenhauses allein einer einmaligen MDK-Begutachtung zugänglich seien sowie weitere Krankenhausunterlagen zur Begründung einer Rechnungsstellung im Anschluss an eine aus Sicht der Krankenkasse abgeschlossene Rechnungsprüfung nicht nachgereicht werden können und die Beklagte hieraus wie in weiteren, in der 12. Kammer des Sozialgerichts Kassel anhängigen "Krankenhausabrechnungsrechtsstreiten" ein sogenanntes Beweisverwertungsverbot ableiten, selbst wenn sie dies nicht explizit geltend macht, vermochte die Kammer ein solches Beweisverwertungsverbot hier nicht zu erkennen.

Insoweit vertritt die Beklagte in den vorgenannten Rechtsstreiten die Auffassung, dass das Gericht bei seiner von Amts wegen vorzunehmenden Sachaufklärung u.a. nur die medizinischen Unterlagen in diese Sachaufklärung einbeziehen dürfe, die zuvor dem MDK bei seiner gutachterlichen Prüfung zur Verfügung gestanden hätten bzw. auf dessen Anforderung dem MDK vom Krankenhaus überlassen worden seien. Gleiches gelte dann für ein gerichtliches Sachverständigengutachten. Eine Begründung für diese Auffassung hat die Beklagte bisher nur vereinzelt abgegeben. Eine rechtliche Herleitung fehlt bisher in den meisten Fällen noch insgesamt. Die Beklagte stützt sich dabei letztlich auf § 276 Abs. 2 SGB V und zumindest ihrer Auffassung nach insoweit einschlägige Regelungen in der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV), die die Einbeziehung nachträglich vorgelegter weiterer Unterlagen materiell ausschließen würden, ohne dabei jedoch darzulegen, in welchem rechtlichen Rahmen die PrüfvV als Prüfverfahrensvereinbarung steht und welche Rechtsqualität der PrüfvV dabei zukommt. Auch fehlen bisher zumeist Ausführungen dazu, ob und warum die PrüfvV (auch) für die Gerichte nach der Lesart der Beklagten verbindlich sein soll, ganz zu schweigen davon, dass die PrüfvV zuletzt einer Reihe von Änderungen unterworfen war und je nach Zeitpunkt der jeweils streitigen Krankenhausbehandlung - wie auch hier - entweder noch gar nicht zur Anwendung gelangt oder in jeweils unterschiedlicher Fassung.

Auf die entsprechenden Nachweise auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes zu alledem sei hingewiesen. Insbesondere auch die Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V und die Zielsetzung in der jeweils geltenden PrüfvV.

Im Zusammenhang mit einer Auseinandersetzung zur Rechtsqualität der PrüfvV fehlt der Kammer dabei z.B. jegliche Prüfung dahingehend, ob und inwieweit sich die Vertragspartner nach Lesart der Beklagten hier dann in einer Reihe von Fragen überhaupt noch im Rahmen der Ermächtigung des § 17c KHG bewegt hätten. Dies deshalb, weil sie letztlich nicht nur Verfahrensfragen, sondern im Ergebnis auch materielle Anspruchsausschlüsse geregelt hätten, die durch das SGB V ggf. erst gar nicht gedeckt wären.

Nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V möglich. Nach Satz 2 haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 SGB V bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Nach Satz 4 ist die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

Unmittelbar aus dem Gesetz lässt sich danach allein die Ermächtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten, nicht mehr und nicht weniger, wobei die vorgenannten Regelungen nach Auffassung des erkennenden Gerichts dann auch und gerade keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus beinhalten. Eine solche Kompetenz/Legitimation käme den "Vertragspartnern" der PrüfvV - weder für noch gegen die Beklagte - nicht zu, sie wäre nicht von § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. In diesem Zusammenhang verwiesen sei auf das BSG-Urteil vom 19. April 2016, B 1 KR 33/15 R (veröffentlicht u.a. in juris und unter www.sozialgerichtsbarkeit.de), wonach dann auch über die gesetzliche Ermächtigung und § 275 SGB V hinausgehende

Leistungsausschlüsse, sollten solche aus der PrüfvV tatsächlich herleitbar sein, ebenfalls zu einer Teilnichtigkeit auch der PrüfvV führen dürften. Diese soll nämlich als Prüfverfahrensvereinbarung allein verfahrensrechtliche Fragen regeln; allein hierzu waren der GKV-Spitzenverband und die Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. gesetzlich ermächtigt und nicht darüber hinaus zur Normierung "übergesetzlicher" Leistungsausschlüsse, was vorliegend dann mangels Anwendbarkeit der PrüfvV, die allein für Behandlungsfälle ab 2015 gilt, aber auch dahingestellt bleiben kann. Insoweit stammt die erste Fassung der PrüfvV zwar noch aus dem Jahr 2014, ist aber gemäß deren § 12 Abs. 1 Satz 1 überhaupt erstmals zum 1. September 2014 in Kraft getreten. Darüber hinaus gilt sie nach Satz 2 der vorgenannten Regelung dann aber auch erst für die Überprüfung bei Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind.

Dass ggf. ein "Verstoß" gegen § 276 Abs. 2 SGB V dann selbst keinen materiellen Anspruchsausschluss begründet, entspricht aber auch der weit überwiegenden sozialgerichtlichen Rechtsprechung, die einschließlich des BSG selbst in Fallgestaltungen der vorliegenden Art allein auf eine Verjährung abstellt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 21. April 2015, B 1 KR 10/15 R, mit dem das die Auffassung der Beklagten scheinbar stützende Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 22. Mai 2014, L 8 KR 216/13 ausdrücklich aufgehoben worden ist, was die Beklagte scheinbar übersieht).

Vorstehendes stellt das BSG zuletzt mit Urteil vom 19. April 2016, B 1 KR 33/15 R auch nochmals ausdrücklich klar. Danach kann ein Krankenhaus nach Rechnungstellung jede Vergütung für die Behandlung Versicherter bis zum Ablauf der vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung nachfordern, solange sein Recht nicht verwirkt ist, wobei gesetzliche Wertungen - hier insbesondere solche des SGB V zum Verhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen - mit dem BSG (wie vor) auch nicht mit einem schlichten Hinweis auf ein nicht weiter abgeleitetes und konkretisiertes, quasi überpositives "Gebot der Waffengleichheit" überspielt werden können. Gleichzeitig kann sich eine Krankenkasse mit dem BSG (wie vor) dabei auch nicht auf eine sinngemäße Anwendung der Rechtsgedanken der Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V stützen. Der ungenutzte Ablauf der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c S 2 SGB V bewirke nämlich schon vom rechtlichen Ansatz her keinen Einwendungsausschluss. Er führe lediglich dazu, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Auffälligkeitsprüfungen nach Ablauf der Frist auf die Daten beschränkt seien, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt jeweils zur Verfügung gestellt habe. Gleichzeitig hindere dies das Krankenhaus nach Fristablauf nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen. Es sei bloß berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf. abzuwehren. Ebenso bleibe das Recht der Krankenkassen unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen.

Vorliegend gilt im Ergebnis letztlich nichts anderes, wobei außerhalb der hier geltenden Verjährungsvorschriften Anhaltspunkte für eine Verwirkung in keiner Weise vorliegen (vgl. hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 5. Juli 2016, B 1 KR 40/15 R).

Letztlich bedeutet dies zumindest für Fallgestaltungen, in denen die Krankenhausbehandlung vor dem 1. Januar 2015 erfolgt ist, dass selbst nach Lesart der Beklagten danach auch nach § 276 Abs. 2 SGB V eine konkrete, einzelfallbezogene Betrachtung vorzunehmen bleibt, wobei sich wiederum selbst nach Lesart der Beklagten dann aber auch konkret einzelfallbezogen nicht nur die Frage stellen dürfte, welche Unterlagen der MDK konkret angefordert hat, sondern auch, ob er diese Unterlagen auf der Grundlage von § 276 SGB V und den zwischen den Beteiligten seinerzeit geltenden Verträgen sämtlich auch anfordern durfte, ob das Krankenhaus der Anforderung zu Recht oder zu Unrecht nicht nachgekommen ist und dann insbesondere auch, warum der MDK trotz einer nicht vollständigen Übersendung angeforderter Unterlagen dennoch ein Gutachten erstellt hat, statt den Gutachtensauftrag nach vorheriger Anmahnung der Unterlagen - nach Ansicht Gerichts zwingend - als unerledigt an die Krankenkasse zurückzugeben.

Der Klage war nach alledem zunächst hinsichtlich der Hauptforderung insgesamt stattzugeben. Dabei folgt der ausgeurteilte Zahlungsanspruch der Höhe nach der von der Beklagten zunächst auch unbeanstandet ausgeglichenen o.a. Rechnung, ohne dass die Kammer hier Fehler rechtlicher, tatsächlicher oder rechnerischer Art zu erkennen vermocht hätte. Der ausgeurteilte Zinsanspruch folgt mit der Klägerin und dem hier insoweit eingetretenen Verzug zumindest im Ergebnis aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, B 3 KR 4/03 R und vom 19. April 2007, B 3 KR 10/06 R), bei einem konkreten Verzinsungsbeginn hier jedoch erst ab dem Tag nach der vollzogenen Aufrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 17. September 2013, B 1 KR 67/12 R) und bis zum Tag vor der dann erfolgten o.a. Teilzahlung. Zumindest insoweit war die Klage in geringem Umfang abzuweisen. Der streitig verbliebene Anspruch war dann jedoch im Anschluss an die am 29. Juli 2015 erfolgte Teilzahlung wieder durchgehend weiter zu verzinsen. Die Kostenentscheidung folgt den §§ 197a, 183 SGG i.V.m. § 154 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), nachdem § 193 Abs. 1 und 4 SGG gemäß § 197a Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in § 183 SGG genannten, privilegierten Personenkreis gehören. Die Klageabweisung fiel dabei insgesamt auch nicht ins Gewicht

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es, soweit die Beklagte beschwert ist, nicht; Berufungsausschließungsgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 Euro übersteigt.

Soweit die Klägerin beschwert ist, vermochte die Kammer, nachdem der Beschwerdewert 750,00 Euro nicht übersteigt, Gründe für eine Zulassung der Berufung nicht zu erkennen.

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der streitigen Forderung folgt, findet nach § 25 Abs. 3 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2017-02-28